

# Wytyczne postępowania u chorych z podejrzeniem kamicy przewodu żółciowego wspólnego



dr hab. med. Ewa Nowakowska-Duńska,  
Katedra i Klinika Gastroenterologii  
i Hepatologii, SUM

**N**a początku bieżącego roku American Society for Gastrointestinal Endoscopy opublikowało wytyczne dotyczące postępowania u chorych z podejrzeniem kamicy przewodu żółciowego wspólnego.<sup>1</sup> Powinny one zainteresować nie tylko gastroenterologów-endoskopistów, ale także wszystkich tych lekarzy, którzy mają do czynienia z pacjentami z dolegliwościami ze strony jamy brzusznej. Kamica żółciowa należy bowiem do jednej z najczęstszych patologii przewodu pokarmowego. Szacuje się, że w Polsce 10-20% osób dorosłych ma kamice pęcherzyka żółciowego, która często przebiega bezobjawowo. U 10% spośród nich występuje jednocześnie kamica przewodowa. Wśród osób po cholecystektomii kamica przewodowa występuje w 5-20% przypadków. Należy podkreślić, że kamice przewodową z powodu towarzyszących jej groźnych powikłań, takich jak zaporowe zapalenie dróg żółciowych czy ostre żółciopochodne zapalenie trzustki, zawsze należy usunąć.

Autorzy wytycznych podkreślają, że dokument stanowi zbiór rad dla lekarzy, który powstał na podstawie krytycznego przeglądu aktualnych danych z literatury medycznej. Zastrzegają przy tym, że nie są to zalecenia, których lekarz musi bezwzględnie przestrzegać (w aspekcie nakazowo-prawnym), wskazują tylko kierunki postępowania, które w indywidualnych przypadkach mogą się różnić. Dodatkowo stale rozwijająca się wiedza i nowe badania wzbogacają nas o informacje, które mogą prowadzić do zmiany tych zaleceń w wielu kwestiach. I właśnie wytyczne dotyczące wykorzystania endoskopii u chorych z kamice przewodową stanowią tego ewidentny przykład, pokazując bowiem, jak w ciągu ostatnich

lat zmieniło się znaczenie endoskopowej cholangiografii wstecznej – od złotego standardu diagnostycznego po jej selektywne zastosowanie w celach terapeutycznych.

Jak dotąd wytycznych dotyczących endoskopii w kamicy przewodowej opublikowano niewiele i tak naprawdę poza ostatnio opublikowanymi liczą się dwa dokumenty. Są to wytyczne amerykańskiego National Institutes of Health (NIH) z 2002 r.<sup>2</sup> i wytyczne British Society of Gastroenterology (BSG) z 2008 r.,<sup>3</sup> które podsumowują najaktualniejsze publikacje.

Autorzy najnowszych wytycznych oddzielnie omawiają problem kamicy przewodu żółciowego wspólnego u chorych z objawową kamice pęcherzykową oraz u chorych z podejrzeniem kamicy przewodowej po wykonanej już cholecystektomii.

Pacjentów, u których podejrzewa się kamice przewodową, podzielono na chorych z wysokim (>50%), pośrednim (10-50%) i niskim (<10%) ryzykiem jej występowania. We wstępnej ocenie chorych bierze się pod uwagę dane kliniczne, wyniki laboratoryjnych badań biochemicznych i przezbrzuszej ultrasonografii. Kwalifikacja pacjentów do poszczególnych grup ryzyka determinuje dalszy sposób postępowania, a przede wszystkim zastosowanie endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW), która jest metodą inwazyjną obarczoną określonym odsetkiem powikłań.<sup>4</sup> Stratyfikacja taka i wynikający z niej sposób postępowania z chorymi przypominają przyjęte już dawno reguły działania oparte na skali Rockalla w przypadku krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Obecnie endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna powinna być metodą przede wszystkim terapeutyczną, a jej rola diagnostyczna w dobie nowoczesnych technik obrazowania dróg żółciowych – cholangiografii rezonansu magnetycznego (*magnetic resonance cholangiography* – MRC) i endoskopowej ultrasonografii (*endoscopic ultrasonography* – EUS) – ograniczona do minimum. Ta idea przewija się przez cały tekst wytycznych, co wynika z tego, że wciąż do zabiegów endoskopowej cholangiografii wstecznej (ECW) kieruje się chorych, u których nie wykorzystuje się innych badań pozwalających na ocenę ryzyka występowania kamicy przewodowej bądź nie przywiązuje się do nich należytej wagi.

W naszym kraju coraz powszechniej dostępne są nieinwazyjne lub mało inwazyjne metody obrazowania dróg żółciowych, należy jednak podkreślić, że możliwość wykonania endoskopowej ultrasonografii jest zdecydowanie mniejsza niż cholangiografii rezonansu magnetycznego – powodem jest zarówno brak wystarczającej liczby sprzętu (szacuje się, że w Polsce użytkowanych jest niespełna 30 endosonografów), jak i wyszkolonej kadry.

W wytycznych są cytowane badania, w których wykazano, że wykonanie endoskopowej ultrasonografii u chorych z wysokim lub pośrednim ryzykiem występowania złożeń w przewodzie żółciowym wspólnym i następczej terapeutycznej endoskopowej cholangiografii wstecznej jest opłacalne kosztowo, jeśli wskaźnik tego ryzyka jest mniejszy niż 61%. Analizy oparte na danych ze Stanów Zjednoczonych, gdzie endosonografię wyceniono na 880 dol., a endoskopową cholangiografię wsteczną na 2170 dol., mogą się wydawać odległe od polskiej rzeczywistości. Niemniej jednak najważniejszym wnioskiem jest to, że przy braku stwierdzonych złożeń w drogach żółciowych w endoskopowej ultrasonografii w 60-73% przypadków można uniknąć endoskopowej cholangiografii wstecznej, która obciążona jest ryzykiem powikłań.<sup>5</sup>

Wydaje się natomiast, że proponowany przez amerykańskich autorów algorytm z wykorzystaniem śródoperacyjnej ultrasonografii lub śródoperacyjnej laparoskopowej cholangiografii u chorych z kamicią pęcherzykową i pośrednim ryzykiem kamicy przewodowej jeszcze dłużej będzie trudny do rutynowego zastosowania w Polsce.

Autorzy wytycznych zajmują także zdecydowane stanowisko w przypadku objawowej kamicy pęcherzykowej z niskim prawdopodobieństwem kamicy przewodowej, podkreślając, że u tych pacjentów nie należy prowadzić diagnostyki w kierunku kamicy przewodowej żółciowego wspólnego. Jeśli ryzyko kamicy przewodowej jest wysokie, cholecystektomię powinna poprzedzać endoskopowa cholangiografia wsteczna.

Sposób postępowania u chorych po cholecystektomii jest podobny jak u chorych z objawową kamicią pęcherzykową. Należy jednak pamiętać, że przyczyną dolegliwości i nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub żółtaczki u chorego po cholecystektomii może być zarówno kamień przeoczony w czasie przedoperacyjnej diagnostyki lub wytworzony *de novo*, jak i wyciek żółci, jatrogenne zwężenie dróg żółciowych czy zaburzenia czynności zwieracza Oddiego. Prawidłowe wyniki prób wątrobowych w badaniach laboratoryjnych bez poszerzenia przewodów żółciowych wspólnego w przezbrzuszej ultrasonografii wskazują na niskie prawdopodobieństwo kamicy przewodowej. Zgodnie z danymi z literatury i doświadczeniem naszego ośrodka u chorych po cholecystektomii z dolegliwościami bólowymi w nadbrzuszu skierowanych na endoskopową cholangiografię wsteczną z podejrzeniem kamicy przewodowej po wstępnej ocenie w ultrasonografii przezbrzuszej odsetek stwierdzonych złożeń wynosi zaledwie

33-43%. W tych przypadkach, jeśli nie ma ewidentnych biochemicznych cech cholestazy bądź w przezbrzuszej ultrasonografii nie stwierdzi się poszerzonego przewodu żółciowego wspólnego, endoskopową cholangiografię wsteczną należy poprzedzić cholangiografią rezonansu magnetycznego bądź endoskopową ultrasonografią.

Najbardziej dyskusyjne są zawarte w wytycznych wskazania do endoskopowej cholangiografii wstecznej w ostrym żółciopochodnym zapaleniu trzustki (*acute biliary pancreatitis* – ABP). Wynika to z tego – co autorzy sami zresztą podkreślają – że jak dotąd przeprowadzono niewiele dobrze zaplanowanych badań z randomizacją oceniających takie postępowanie, a te, których wyniki są znane, charakteryzują się bardzo niejednorodnym materiałem i różną metodyką badań.

W przedstawionych wytycznych mocno podkreślono wskazanie do wykonania endoskopowej cholangiografii wstecznej u chorych z ostrym żółciopochodnym zapaleniem trzustki w przypadkach współistniejącego zaporowego zapalenia dróg żółciowych. Z tym stanowiskiem bezwzględnie należy się zgodzić.

Autorzy wytycznych pozostawiają natomiast bez odpowiedzi pytanie, czy wykonywać endoskopową cholangiografię wsteczną przy braku podejrzeń kamicy przewodowej oraz w przypadkach prognostycznie lekkich. Odpowiedź na nie dają przeprowadzone w latach 2000-2005 prospektywne badania z randomizacją oceniające skuteczność terapeutyczną endoskopowej cholangiografii wstecznej we wczesnej fazie ostrego żółciopochodnego zapalenia trzustki u chorych bez kamicy przewodowej i bez cech zapalenia dróg żółciowych. Wykazano w nich korzystny efekt sfinkterotomii endoskopowej w leczeniu chorych z ostrym żółciopochodnym zapaleniem trzustki w porównaniu z terapią konwencjonalną przy braku kamicy przewodowej i niezależnie od prognozowanej postaci choroby.<sup>6</sup> Na podstawie wyników tych badań w katowickim ośrodku wykonujemy endoskopową cholangiografię wsteczną w połączeniu ze sfinkterotomią endoskopową do 48 godzin od wystąpienia objawów we wszystkich przypadkach ostrego żółciopochodnego zapalenia trzustki, niezależnie od obecności złożeń w przewodzie żółciowym wspólnym i prognozowanej ciężkości choroby.

Rekomendacje zaprezentowane przez amerykańskich autorów powinny znaleźć szerokie zastosowanie, choć w odniesieniu do endoskopii, a zwłaszcza do endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej, można je krótko podsumować parafrazą prawa Murphy'ego: im mniej klarowne wskazanie, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań.

Wskazania do endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej powinny wynikać z dokładnej analizy sytuacji klinicznej, a w razie wątpliwości należy dążyć do ich rozstrzygnięcia za pomocą metod nieinwazyjnych, m.in. endoskopowej ultrasonografii, a w warunkach polskich częściej cholangiografii rezonansu magnetycznego.

#### Piśmiennictwo:

1. Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc* 2010;1(71):1-9.
2. Cohen S, Bacon BR, Berlin JA, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: ERCP for diagnosis and therapy. *Gastrointest Endosc* 2002;56(6):80-809.
3. Williams EJ, Green J, Beckingham I, et al. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDs). *Gut* 2008;57(7):1004-1021.
4. Cotton PB, Garrow DA, Gallagher J, et al. Risk factors for complications after ERCP: a multi-

variate analysis of 11,497 procedures over 12 years. *Gastrointest Endosc* 2009;70(1): 80-8.

5. Petrov MS, Savides TJ. Systematic review of endoscopic ultrasonography versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography for suspected choledocholithiasis. *Br J Surg* 2009; 96(9): 967-74.
6. Nowakowska-Dutawa E, Nowak A, Marek T, Kaczor R, Dziurkowska-Marek A. Urgent endoscopic sphincterotomy is beneficial for patients with acute biliary pancreatitis (ABP) without common bile duct stones (CBDs) – a prospective randomized study. *Gut* 2009;58(Suppl.2): A24 (OP116).